

MRI 検査予約票

殿

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

検査を受けられる方へ

MRI検査は、磁気を用いて身体の断層像を得るもので、放射線被曝がなく安全な検査です。検査中トントン大きな音がしますが、これは撮影中に信号を出す音で身体に影響ありません。尚、検査に際して下記の注意事項をよくお読み下さい。

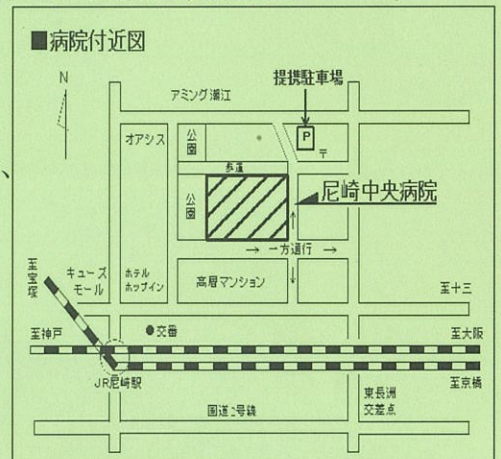
(注意事項)

1. 検査予約時間の30分前までに健康保険証、診療情報提供書、予約票(この用紙)を持って当院受付へお越しください。
2. 予約時間に遅れる場合や来院できない場合は前もって必ずご連絡下さい。
3. 検査時間は約30分です。
4. 腹部検査では予約時間の3時間前から食事をしないで下さい。
5. 次に該当される方は必ず主治医にお申し出下さい。

・心臓ペースメーカーを使用している方。 ・現在妊娠している方。 ・体内に金属を装着している方。

(人工弁、人工関節、手術クランプ、圧可変式シャント、避妊リング、入れ墨等)

6. 腕時計、磁気カード(キャッシュカード、テレホンカード、定期券等)、磁気テープ(ディスク、ミュージックテープ等)は、持ち込まないで下さい。
7. 補聴器、入れ歯、金属を含んだ化粧品、カラーコンタクト、ヘアピン、アクセサリ(イヤリング、ネックレス等)、かつら、カイロ、湿布薬、ピップエレキバンは前もってはずしておいて下さい。
8. 造影剤を使用した検査の後で、身体に異常をきたした方は当院にご連絡下さい。
9. 検査を受けられる方は、検査担当者の説明をよく聞いて指示に従って下さい。
10. 急用時、自宅への連絡が不都合な方はお申し出ください。



予約専用電話(放射線科直通)
TEL 06-6499-9252 FAX 06-6499-8562

社会医療法人 中央会

尼崎中央病院

〒661-0976 尼崎市潮江1丁目12-1

『 h-Anshin むこねっと 同意書 』

患者さん記入欄

●別紙説明書の1~4の項目を十分理解した上で、尼崎中央病院で受けた検査の結果と画像データをネットワーク上で検査依頼元医療機関が見ることに 同意します。 同意しません。

同意の日付; 平成 年 月 日

名前; (本人が署名してください。)

性別; 男 ・ 女 (○印をしてください。)

生年月日; 明治・大正 年 月 日
昭和・平成

本人が書けない場合は代理人の方の名前
(要自署) 続柄

住所;

検査依頼元及び同意取得医療機関 記入欄

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関名

社会医療法人 中央会
尼崎中央病院

尼崎市潮江1丁目12-1
電話 06-6499-3045
FAX 06-6497-3196

診療科 担当医

紹介元医療機関名

名称

所在地

電話
FAX

診療科 担当医

カルテNo. _____ MRI. No. _____

印

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	歳
患者住所	電話 (- -)		職業 ()				
病名							
紹介目的 MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影剤使用説明済 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 10 <input type="checkbox"/> 頸部 20 <input type="checkbox"/> 胸部 26 <input type="checkbox"/> 上腹部 114 <input type="checkbox"/> 頸椎 21 <input type="checkbox"/> 胸椎 23 <input type="checkbox"/> 腰椎 31 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 33 <input type="checkbox"/> 関節 () <input type="checkbox"/> 四肢 303 () <input type="checkbox"/> その他 () 検査方向 <input type="checkbox"/> 横断 <input type="checkbox"/> 冠状断 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> その他 ()				既往歴 経過・治療内容・検査結果・処方等			
チェックリスト <input type="checkbox"/> リストに該当なし <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> その他体内金属 () <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 鎮痛・麻酔の必要あり <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 点滴などの付属物 () <input type="checkbox"/> 背臥位の安静不可 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 造影剤の使用不可							